OCCLUSION INTESTINALE

ET

GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 juillet 1907

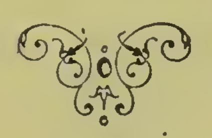
PAR

Mlle LYDIE ROMANENKO

Née à Tachkent (Russie), le 16 avril 1886

Pour obtenir le grade de docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR

Boulevard du Peyrou, 7

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............ Doyen.
SARDA................. Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale................................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale...........................	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale...............................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale...............................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales........	GRANEL.
Clinique chirurgicale...........................	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique........................	TRUC (✻).
Chimie médicale.................................	VILLE.
Physiologie.....................................	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne..............................	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils.........................	ESTOR.
Microbiologie...................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie..................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique...........................	BOSC.
Hygiène...	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale...........................	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, De ROUVILLE.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe......................	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....................	N...
Clinique gynécologique..................	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie........	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEIRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur adj.*	GUÉRIN, *agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SOEURS

L. ROMANENKO.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

L. ROMANENKO.

INTRODUCTION

Une observation de Mme le docteur Gaussel présentée à la Société des sciences médicales de Montpellier nous a donné l'idée première de ce travail.

L'occlusion intestinale au cours de la grossesse est intéressante au point de vue pratique et au point de vue théorique. La symptomatologie de l'occlusion, pas toujours nette en temps ordinaire, sera encore moins précise au cours de la grossesse. L'abdomen volumineux par suite du développement de l'utérus augmentera peu si une occlusion intestinale survient, et si la femme présentait déjà les vomissements banaux de la grossesse et une constipation souvent habituelle, ces deux tableaux symptomatiques de grossesse normale ou compliquée d'occlusion se rapprocheront étrangement, le diagnostic restera en suspens et la vie de la malade en danger. Le traitement n'est pas moins difficile, les moyens palliatifs réussissent bien peu souvent ; d'un autre côté la laparotomie pour occlusion, difficile habituellement, sera singulièrement compliquée par la présence d'un utérus gravide.

C'est pourquoi par la comparaison des travaux déjà parus et des observations antérieurement publiées nous avons essayé de préciser au point de vue pratique le diagnostic de l'occlusion et d'établir qu'elle est la conduite à tenir.

D'un autre côté, la pathogénie de l'occlusion n'est pas analogue dans tous les cas et il devient partant intéressant d'en décrire les diverses variétés.

Par l'étude des diverses observations recueillies, nous montrons comment l'utérus qui normalement repousse les

anses intestinales sans complications peut dans certains cas provoquer l'occlusion intestinale. Tantôt cette occlusion provient d'une position anormale de l'utérus, tantôt d'une viciation pelvienne, le plus souvent de brides péritonéales pathologiques. Dans tous ces cas c'est la grossesse qui est la cause soit directe soit indirecte de l'occlusion.

Nous avons passé rapidement sur les cas où l'occlusion n'est reliée à la grossesse par aucune relation étiologique et qui rentrent dans notre sujet uniquement par la similitude de leur symptomatologie et du problème diagnostique et thérapeutique.

L'occlusion intestinale au cours de la grossesse n'est certes pas une rareté ; cependant elle n'avait pas servi de sujet à un travail d'ensemble jusqu'à la thèse de Vergez (Paris, 1901). Cet auteur a rassemblé le premier les observations et mémoires cliniques antérieurs. Vinrent ensuite les travaux de Daniel (1902), de Gauchery (Paris, 1903), de Prioulat (Bordeaux, 1904) qui a réuni 68 cas d'occlusion intestinale. Enfin signalons en dernier lieu la Revue générale de Rudaux parue dans les *Archives générales de médecine* de 1906, et la discussion qui, à la Société médicale de Montpellier, suivit la communication du cas de Mme Gaussel.

Dans notre travail, nous nous sommes surtout attachée à préciser la pathogénie et la partie pratique du diagnostic et du traitement. Mais avant d'aborder notre sujet qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à tous nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, et spécialement à M. le professeur Tédenat qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse et à M. le professeur agrégé Guérin pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours fait. Nous remercions également Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann pour les renseignements qu'elle nous a donnés et son aide amicale.

PATHOGÉNIE

Il est classique de signaler comme complication possible de toutes les tumeurs abdominales : l'occlusion intestinale. — Kystes de l'ovaire, fibromes en se développant arrivent parfois à comprimer l'intestin ; il est donc naturel de penser que l'utérus gravide peut, à cet égard, se comporter absolument comme une tumeur et occasionner lui aussi des phénomènes d'occlusion.

Les rapports de l'utérus avec l'intestin, chez la femme enceinte et parturiante, affectent successivement deux modalités dont chacune peut provoquer l'obstruction. D'abord, pendant le développement de la grossesse, l'utérus augmentant de volume devient un organe abdominal et repousse les anses intestinales contre les parois de l'abdomen et le diaphragme. Au début du travail, pendant la période d'engagement, se produit une certaine décompression de la masse intestinale, mais cette décompression est beaucoup plus brusque et plus importante au moment de l'expulsion du fœtus et du placenta, l'utérus descendant brusquement de l'épigastre jusque dans le bassin.

Normalement, cette augmentation de volume de l'utérus et son retour à l'état normal n'ont qu'une action peu appréciable sur l'intestin (constipation plus ou moins marquée); mais qu'il existe une anomalie quelconque : mauvaise position de l'utérus, bassin vicié, brides péritonéales pathologiques, l'occlusion intestinale se produira.

Ces occlusions sont de causes si variées qu'une division

est nécessaire. Gauchery, le premier, dans sa thèse, en a distingué trois sortes pendant la puerpéralité :

1° Les occlusions *gravidiques* ou nettement provoquées par la grossesse.

2° Les occlusions *paragravidiques* qui paraissent influencées par la grossesse.

3° Les occlusions *extragravidiques* ou complètement indépendantes de la grossesse.

Nous suivrons à peu près cette division en la précisant et nous dirons qu'au cours de l'état puerpéral peuvent se présenter :

1° Des occlusions coïncidant avec la grossesse, mais sans rapports étiologiques avec elle.

2° Des occlusions dues à la compression de l'intestin par l'utérus (occlusions gravidiques de Gauchery).

3° Des occlusions qui ne sont pas dues à la compression directe par l'utérus, mais qui cependant (brides, parésie, etc.) ont avec l'état gravidique une relation étiologique indirecte (occlusions paragravidiques de Gauchery).

Des occlusions intestinales qui coïncident simplement avec la grossesse, nous n'avons rien à dire au point de vue pathogénique. Toutes les causes d'occlusions peuvent se rencontrer et agissent exclusivement par elles-même. Tantôt il s'agit de lésions de l'intestin proprement dit, tuberculose, cancer, rétrécissements de cause inconnue. Telle est l'observation rapportée par Jeanbreau à la Société des sciences médicales de Montpellier le 15 février 1907 : une femme enceinte de trois mois, fait de l'occlusion intestinale : la cause était un cancer en virole du colon iliaque. La malade d'Ayer est une tuberculeuse qui un jour rend dans ses déjections deux pieds d'intestin et meurt cent jours après cette évacuation et quarante-sept après un accouchement prématuré ; il est évident que dans ce cas l'invagination intestinale a

seule causé la mort de la malade et que l'état puerpéral n'y est pour rien. Dans le cas de Maygrier c'est un cancer du rectum qui rétrécit l'intestin à neuf centimètres de l'anus, provoque l'occlusion et la mort ; la grossesse de quatre mois et demi est évidemment hors de cause.

D'autres fois encore, ce sont des tumeurs ovariennes ou utérines, des brides péritonéales qui provoquent l'occlusion sans que la grossesse, tout à fait au début de son développement (deux ou trois mois), joue un rôle étiologique quelconque ; dans ces cas, grossesse et occlusions se rencontrent encore par pure coïncidence. Dans l'observation de Spencer la malade meurt d'une occlusion de cause inconnue; son utérus contient un embryon de deux mois. Le cas de Voron est encore plus difficile à faire entrer dans les occlusions de la puerpéralité, puisque la malade mourut d'étranglement interne par bride péritonéale deux mois après un avortement d'un mois et demi.

En somme, ces cas que certains auteurs rapportent comme occlusion pendant la grossesse, peuvent se répartir en deux groupes :

1° Dans le plus grand nombre, la cause de l'occlusion est évidente, et la grossesse est trop peu avancée, ou l'accouchement trop éloigné pour avoir une importance quelconque.

2° Dans quelques autres, l'occlusion est due à des brides reliquats d'anciennes opérations césariennes, ou bien les cas publiés comme relevant de l'occlusion relevaient bien plutôt de la péritonite ou de ruptures utérines (cas de Watskin).

Si toutes les observations précédentes et rapportées par divers auteurs n'entrent qu'artificiellement dans notre sujet, la plupart du temps l'occlusion intestinale survenant au cours de la grossesse est causée par elle et nous allons montrer comment.

A. Occlusions gravidiques ou causées par l'utérus lui-même

Si dans un bassin normal l'utérus se développant normalement ne provoque aucun trouble, il pourra être la cause directe de l'occlusion :

1° S'il est en mauvaise position.

2° Si le bassin est vicié.

1° *La mauvaise position utérine* la plus habituellement constatée est la rétroversion. L'observation de Chantemesse, Vidal et Legry (observation n° 3) est, à ce point de vue, absolument typique. Une femme enceinte de 4 mois présente des symptômes d'occlusion intestinale et l'examen permet de diagnostiquer une rétroversion utérine. Il suffit de mettre la femme en position genupectorale et de redresser l'utérus par le toucher rectal pour provoquer une évacuation abondante de gaz et de matières fécales liquides.

Une observation d'Anderodias rapporte une mauvaise position de l'utérus un peu plus rare. Immédiatement après un accouchement, l'occlusion intestinale se déclare et elle est attribuée à une mauvaise position de l'utérus qui se trouve très haut à gauche et en arrière, comprimant l'S iliaque.

L'utérus peut encore occuper une mauvaise position par tonsion autour de son axe vertical. Le cas de Gottschalk est typique à cet égard. Dans cette observation, au cours du quatrième mois de la grossesse, apparaissent des signes d'occlusion, la laparotomie montre un utérus de quatre mois, rétroversé et fortement tordu sur son axe vertical, puisque les annexes et le bord gauche de cet utérus regardent directement en avant. L'intestin qui entourait de tous côtés l'utérus avait été probablement comprimé par celui-ci. Parfois, la

mauvaise position utérine est difficile à apprécier, mais l'occlusion est souvent la suite d'une compression directe par l'utérus, puisque l'évacuation de cet organe amène aussi celle de l'intestin. Telles sont les deux observations d'Andérodias et de Lepage, dans lesquelles on observe la cessation des accidents après la délivrance ou l'accouchement prématuré.

2° Il semble logique de penser qu'un utérus se développant normalement pourrait *comprimer l'intestin dans un bassin rétréci* par le rachitisme ou l'ostéomalacie ou encore vivre par toute autre cause. Ce mécanisme pathogénique possible au point de vue théorique nous paraît être une très grande rareté clinique puisque nous n'avons trouvé aucune observation à laquelle il puisse s'appliquer. Prioulat, dans sa thèse (1904), n'en parle pas mais semble l'admettre implicitement puisqu'il classe dans les occlusions gravidiques les deux cas de Pollosson et de Kelier : les deux malades avaient subi l'opération césarienne pour bassin rachitique et ostéomalacique, moururent quatre à cinq jours après l'opération. La grossesse et la viciation pelvienne ne sont évidemment pour rien dans ces accidents. En effet, dans ces cas :

1° Ils auraient dû se produire avant l'opération au moment où l'utérus gravide pouvait comprimer l'intestin ;

2° L'occlusion est évidemment le fait de la laparatomie, à moins qu'il ne s'agisse en l'espèce non d'occlusion mais de péritonite post-opératoire.

B. Occlusions paragravidiques (causées indirectement par la grossesse).

Le développement de l'utérus gravide exerce sur l'intestin un certain tassement qui, dans une cavité abdominale normale, ne produit aucun accident. Mais si les parois en sont

faibles, il pourra se produire des hernies par des orifices normaux ou anormaux, qui pourront ensuite s'étrangler et donner ainsi lieu aux symptômes de l'occlusion ; ou bien encore l'intestin se coudera et s'étranglera sur d'anciennes adhérences.

1° *Occlusions gravidiques par brides péritonéales.* — Cette cause d'occlusion est de beaucoup la plus fréquente; en général il s'agit de femmes plus ou moins avancées dans leur grossesse et qui à l'interrogatoire, révèlent un passé abdominal chargé : péritonite tuberculeuse, opérations antérieures pour tumeur ou pour toute autre cause ; plus souvent encore pelvi-péritonite toujours puerpérale. Dans un cas de Ardle, c'étaient les adhérences qui unissaient une tumeur salpingienne au cæcum et à l'appendice qui étaient responsables. Dans l'observation de Tuja, la bride, cause de l'étranglement, remontait vraisemblablement à une opération abdominale que la malade avait subi quelques mois avant.

Dans ce mode d'occlusion, les accidents peuvent apparaître à n'importe quel moment de la grossesse, mais il est assez fréquent de la voir se produire au moment même du travail et il est assez logique de penser qu'alors c'est la tension de la bride par la contraction utérine qui est la cause de l'accident. A ce point de vue, on peut citer le cas de Champetier, de Ribes et Daniel (Observation numéro 4). Une malade, une heure après le début du travail, ressent une violente douleur abdominale et, après l'expulsion du fœtus, apparaissent les symptômes de l'occlusion qui vont en s'aggravant jusqu'à la mort. L'autopsie montre une bride péritonéale utéro-colique sur laquelle s'est étranglée et perforée une anse du colon pelvien. On peut aussi penser que dans ce cas et les cas analogues, la tension de la bride est due à la descente rapide de l'utérus.

2° *Occlusion par étranglement dans des orifices.* — Cet

étranglement peut se produire dans des orifices normaux ou anormaux. Dans un cas de Boissard et dans un autre de Klauer (observation V), l'étranglement s'était produit au travers d'un orifice de la ligne blanche ; dans le dernier, il s'agissait d'une hernie qui s'était produite au travers d'une éventration, résultat d'une ancienne laparotomie.

Dans le cas de Legry (observation VI), c'était l'orifice œsophagien qui était en cause.

Dans l'observation de Morestin, l'étranglement du paquet intestinal s'était produit au travers d'un orifice anormal du mésentère. Meyer a rapporté une observation analogue et une autre dans laquelle l'orifice anormal siégeait dans le ligament large.

3° *Occlusion par tumeurs comprimant l'intestin.* — Ici la compression de l'intestin a été provoquée et causée par des tumeurs que l'utérus repousse au fur et à mesure de son développement. Bar a publié un cas où sont associées l'occlusion par bride et par tumeur : sa malade présentait un kyste hydatique de l'excavation et une double bride péritonéale étranglant le cæcum. Plus souvent la tumeur est seule en cause et c'est ainsi que dans le cas de Tuener la malade mourut d'occlusion intestinale au cinquième mois de sa grossesse. A ce moment l'abdomen était déjà développé comme pour une grossesse à terme ; l'utérus présentait un myome pur généralisé pesant 6 kilog. 500. Nous rapportons aussi un cas typique dû à Morestin (observation VII)).

4° *Occlusion par invagination ou volvulus.* — On peut citer quelques cas d'invagination intestinale pendant la grossesse (Richelot, Munde, Meyer). Mais ce genre d'occlusion est surtout fréquent dans le post partum. Il semble qu'alors, comme le fait remarquer Demelin, un grand bouleversement se fasse dans le paquet intestinal qui vient reprendre sa situation primitive. Les anses intestinales peuvent sans doute

à ce moment s'étrangler sur une bride, mais le plus souvent elles s'invagineront ou se noueront en volvulus.

Deux exemples très nets sont fournis par les malades de Porack (observ. VIII) et de Poppert. Grosses multipares, elles accouchent à terme et dès le travail donnent des signes d'occlusion ; l'une est opérée et on constate une invagination d'une dizaine de centimètres siégeant sur l'intestin grêle ; l'autre rendit peu de temps après un morceau d'intestin de quarante-huit centimètres.

5° *Occlusion par coprostase.* — C'est l'exagération à l'extrême de la constipation opiniâtre des femmes enceintes et que Budin a si bien étudiée. Des femmes très constipées par suite du préjugé qui interdit aux femmes enceintes de se purger, laissent la constipation se prolonger au-delà des limites permises et finalement apparaissent des accidents d'obstruction qui entrent bien dans le cadre de cette étude. Cette parésie intestinale, dont le mécanisme est assez difficile à expliquer, apparaît tantôt au cours de la grossesse, tantôt dans le post-partum. Nous en citons plusieurs exemples frappants dont le plus typique semble être celui que publia Mme Gaussel (observation I). Dans tous ces cas on a trouvé dans l'intestin des matières fécales extrêmement dures et dans quelques opérations les moyens médicaux énergiques ont permis d'éviter une intervention sanglante.

En résumé, il ressort de cette étude pathogénique que les occlusions les plus fréquentes sont dues à l'étranglement interne par brides pathologiques. Viennent ensuite les compressions exercées directement par l'utérus et enfin la parésie.

Pour terminer ce chapitre pathogénique, il est bon d'ajouter quelques mots sur les circonstances étiologiques qui accompagnent l'apparition de l'occlusion intestinale au cours de la grossesse. Il est tout d'abord assez difficile de se renseigner

de façon quelque peu précise sur la fréquence de cette grave complication ; les cas publiés sont épars dans les publications médicales et peu sont soutenus par une statistique. La seule que nous connaissions est celle de Meyer qui, à la Maternité de Copenhague, n'a observé que deux cas d'occlusion sur 50.000 accouchements. Ce chiffre est, à n'en pas douter, de beaucoup trop inférieur, et la principale raison en est que dans une Maternité on n'observe que des femmes à terme.

Or, il semble nettement établi que la plus grande partie des cas d'occlusion paraît vers les quatrième, cinquième et surtout sixième mois ; c'est du moins le résultat auquel est arrivé Gauchery.

L'occlusion enfin semble atteindre de préférence les multipares.

SYMPTOMES. MARCHE. PRONOSTIC

Que l'occlusion intestinale survienne pendant ou en dehors de la grossesse, les symptômes en sont toujours les mêmes et la coexistence d'un état gravidique ne fait que rendre le diagnostic plus difficile, soit en masquant l'acuité du tableau clinique, soit en rendant l'examen de la malade plus difficile, soit encore en égarant le diagnostic vers un autre genre de complication de la gravidite.

1° *Début.* — Le mode de début des accidents est très variable, et cette variété n'est pas faite pour nous étonner, puisque nous avons déjà vu dans le chapitre précédent com-

bien les causes même de l'occlusion étaient nombreuses et différentes.

Le plus souvent, le premier signe qui donne l'éveil est la douleur ; mais cette douleur, suivant les cas, se présentera avec des caractères bien différents. Dans les cas où l'occlusion est due à un trouble brusque de la statique intestinale : étranglement interne, invagination aiguë ; la douleur, d'une brusquerie d'apparition presque solennelle, est le premier signe de la complication qui, d'une manière tout à fait imprévue vient assombrir le pronostic d'une grossesse jusqu'alors normale. Comparée à un pincement, à une brûlure d'une intensité extraordinaire, elle se différencie facilement des douleurs dues à des contractions utérines. Quand, au contraire, l'occlusion s'est installée progressivement par compression ou invagination chronique, par exemple, la malade ressent le plus souvent une douleur sourde, souvent même compatible avec la continuation des occupations habituelles, et parfois ces douleurs sont considérées par le malade comme le premier signe d'un début de travail.

Les vomissements peuvent aussi constituer dans un certain nombre de cas le premier symptôme et alors, surtout au début de la grossesse, ils peuvent être considérés comme de simples vomissements gravidiques ; mais bientôt leur costance, leur nature bilieuse ou fécaloïde font rectifier le diagnostic.

La constipation chez les femmes en général et chez la femme enceinte en particulier est habituelle, soit quelle dépende de leur vie sédentaire ou comme le pense M. le professeur Guérin : « d'une sorte d'habitude psychique résultant d'une certaine pudeur, d'une certaine répugnance pour la garde-robe qui amène la femme à ne plus émettre que le trop plein intestinal (Société des sciences médicales de Montpellier, 15 février 1907). Aussi est-il tout à fait exceptionnel que la constipation ou la suppression des gaz soit le premier sym-

ptôme accusé, tant ce signe paraît à la malade peu digne d'attention. La malade citée dans l'observation de Mme Gaussel n'était pas allée du corps et n'émettait plus de gaz depuis plusieurs jours et ne s'en souciait pas autrement ; une autre de M. Jeanbrau ne commença à s'émouvoir qu'au vingtième jour.

Plus rarement, enfin, les premiers phénomènes sont assez peu marqués pour passer complètement inaperçus et le premier signe alarmant est donné par la gravité de l'état général : l'anxiété, l'agitation, l'altération profonde des traits de ces malades qui ont le visage tiré, les yeux excavés, le nez effilé, attirent l'attention ; le pouls est petit et rapide, la soif vive, la température parfois normale descend le plus souvent au-dessous de la moyenne de 36°, 35°5.

Mais pour si variable que soit le début il n'en aboutit pas moins à une période d'état où tous les symptômes que nous avons énumérés se trouvent réunis et composent un tableau clinique d'une certaine fixité. C'est lui que nous allons maintenant décrire :

2° *Période d'état.* — Dans cette période, nous trouvons tous les symptômes précédemment énumérés devenus plus nets et mêlés les uns avec les autres.

La *douleur*, dont nous avons indiqué les principaux caractères à la période de début, est un des symptômes qui s'offre avec le plus de netteté dans la plupart de nos observations. Variable dans son intensité depuis la crise aiguë comparée au coup de poignard jusqu'à l'endolorissement vague et lentement institué, elle est aussi très variable dans sa localisation. On sait la valeur que certains auteurs, Besnier entre autres accordaient à la localisation primitive de la douleur ; pour eux elle serait l'indice presque certain du siége de la lésion. En pratique cette règle n'a rien d'absolu. Dans un cas de White les phénomènes douloureux étaient localisés au niveau du

colon ascendant et cependant l'obstacle siégeait dans le petit bassin et était dû à une bride citatricielle reliquat d'une ancienne pelvi-péritonite. Mais en revanche cette localisation peut induire en erreur, et c'est ainsi que dans le cas de Mme Gaussel la localisation primitive au niveau de l'hypochondre droit, avec irradiation à l'épaule du même côté, se présentait avec tous les caractères d'une colique hépatique. Enfin il est des cas où la douleur est tout d'abord généralisée à tout l'abdomen et ce n'est qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins long qu'elle se localise à un point quelconque (ombilic, épigastre, fosses iliaques droite ou gauche, hypogastre).

Quoiqu'il en soit, en général, cette généralisation est secondaire, tantôt elle se fait sans interruption, tantôt après une période d'accalmie plus ou moins étendue. Parfois enfin les lavements, les purgatifs la calment sans cependant que l'obstacle ait cédé à leur action.

Les nausées sont, en général, précoce et précèdent de peu les vomissements.

Les vomissements sont aussi un signe de la plus grande importance, ils ne manquent, pour ainsi dire, jamais; quand à leurs caractères, ils sont variables suivant l'ancienneté de l'occlusion ou bien le siége. Au début, ils sont alimentaires, muqueux, puis bilieux ; plus tard ils deviennent fécaloïdes. Ils ne seraient pas fécaloïdes dans l'étranglement jejuno-duodénal. « Admettant la formation de l'urobiline à partir du tiers moyen de l'intestin grêle, Mya déclare que les vomissements d'urobiline (coloration rose intense, sans odeur ni apparence fécaloïde) permettront de localiser l'obstacle dans l'iléon et même dans le jejunum ; ils seraient plus tardifs et moins rebelles lorsque l'arrêt des matières s'effectue dans le gros intestin » (Galliard, Maladies de l'intestin).

La constipation absolue et la suppression des gaz est, semble-

t-il, le symptôme le plus caractéristique de l'occlusion, mais il y a cependant à noter qu'il ne se présente pas toujours dans une rigueur absolue. Tout d'abord il ne se manifeste que lorsque le segment inférieur de l'intestin s'est débarrassé des matières qu'il contenait. D'autre part, la constipation est à ce point habituelle chez les femmes enceintes que, comme le remarque Gauchery, « elle n'attire l'attention des médecins que le jour où la thérapeutique, habituellement instituée pour la combattre, ne produit plus aucun effet. » Enfin, le même auteur rapporte dans sa thèse un certain nombre de cas où la diarrhée a remplacé la constipation ; ce sont les cas de Galabine, de Voron, de Caithy et de Corner : des femmes enceintes de six à huit mois eurent une diarrhée rebelle qui disparut subitement pour faire place à la constipation, alors que l'état général des malades était déjà fortement compromis.

Le météorisme est, dans les cas d'obstruction ordinaire, un signe qui manque rarement; il en est de même chez la femme enceinte, mais ici il ne se présente plus avec la même importance. En effet, nous savons que dans les cas courants, Laugier a montré que l'on pouvait tirer de la déformation de l'abdomen qu'il entraîne certaines indications sur le siége de l'obstacle. La dépression des flancs avec soulèvement de la région ombilicale, traduit une occlusion iléale; la disposition contraire, une lésion du gros intestin. Chez la femme enceinte, la présence d'un utérus gravide rend ces distinctions très difficiles et enlève ainsi tout intérêt au signe de Laugier. Cependant quand l'occlusion survient dans les six premiers mois de la grossesse, ce signe présente encore quelque valeur, et c'est ainsi qu'il fut constaté avec netteté dans un cas de Gottschalk rapporté par Gauchery.

L'ascite sanguinolente, sur l'importance de laquelle Gangolphe insiste, n'est rapporté dans aucune des observations que nous avons eues sous les yeux ; il est vraisemblable de

penser qu'il s'agit bien plutôt dans ces cas d'un défaut d'observation.

Les phénomènes généraux se présentent avec les caractères habituels qu'ils présentent dans les cas d'occlusion intestinale, évoluant en dehors de la grossesse. Le pouls est petit et rapide, la fièvre inférieure à la normale, le teint cyanosé, le facies péritonéal, les extrémités froides, etc.

3° *Terminaison,* — Au bout d'un temps variable mais toujours assez court, la situation doit se dénouer soit par une guérison spontanée, soit par une opération chirurgicale, soit et malheureusement dans l'immense majorité des cas par la mort.

La désobstruction, qu'elle soit obtenue par la cure médicale ou par l'intervention chirurgicale, se marque toujours par l'évacuation d'une quantité prodigieuse de gaz et de matières fécales. La malade d'Hergott est un des plus beaux exemples que l'on puisse citer, puisqu'elle remplit jusqu'à huit vases de nuit. Souvent on est frappé de la dureté des matières rejetées ; dans le cas cité par M[lle] Gaussel, l'on « ne pouvait pas les désagréger en tapant dessus avec un marteau. »

Cette débâcle est bientôt suivie de l'amélioration de tous les symptômes.

Mais le plus souvent cet événement heureux ne survient pas et la mort est fatale soit par collapsus, soit par syncope, soit encore du fait d'une complication quelconque dont la plus fréquente et aussi la plus grave est la péritonite par perforation.

Pour ce qui est de l'enfant, le pronostic n'est pas moins sombre, et dans tous les cas non suivis d'intervention chirurgicale, voici les résultats statistiques auxquels est arrivé Prioulat. Sur 41 cas de grossesse compliquée d'occlusion intestinale, l'avortement a eu lieu 9 fois ; l'accouchement

prématuré 6 fois ; lorsque cette éventualité se présente, on peut espérer encore sauver l'enfant, quelque soit la gravité de l'état de la mère au moment de l'expulsion du fœtus.

Il est à noter enfinque l'opération, au point de vue de la vie de l'enfant, n'est pas aussi grave qu'on pourrait le penser, surtout dans les premiers mois de la grossesse.

DIAGNOSTIC

Les signes qui permettent de distinguer une occlusion intestinale ordinaire des diverses affections qui peuvent avec plus ou moins de fidélité en reproduire les symptômes sont les mêmes que l'on ait oui ou non affaire à une femme enceinte. Aussi ne nous attarderons-nous pas à décrire les symptômes qui permettent de distinguer l'occlusion intestinale compliquant la grossesse des appendicites, diverticulites, des péritonites aiguës, voire même, comme le font les classiques, du choléra, des empoisonnements, des coliquesnéphrétiques ou saturnines.

Mais la présence de la grossesse nous conduit à nous poser un certain nombre de problèmes que nous allons maintenant examiner et cet examen nous le ferons porter successivement sur chacun des symptômes principaux de l'occlusion. Nous voulons dire : la constipation, la douleur, les vomissements.

Pour la constipation, nous avons vu qu'elle était à ce point fréquente dans la grossesse que, pour bien des auteurs, elle pourrait presque être considérée comme un véritable signe

de gravidité. Cette constipation peut d'ailleurs s'accompagner de phénomènes généraux assez sérieux, de douleurs abdominales, de ballonnement du ventre, de nausées et de vomissements. Aussi peut-il se présenter deux éventualités cliniques : ou bien l'on parlera d'occlusion là où il s'agit seulement d'une constipation physiologique un peu marquée, ou encore on mettra sur le compte d'une vulgaire constipation les premiers symptômes d'occlusion.

Dans l'un et l'autre de ces cas, il est facile de comprendre quelle conséquence fâcheuse peut entraîner pareille erreur. La meilleure manière de l'éviter sera d'agir dès le début de la constipation par les moyens médicaux ordinaires (lavements et purgations) et de considérer comme occlusion les cas qui y résistent.

Parfois encore la constipation induit en erreur parce qu'elle ne se présente pas avec ses caractères habituels et son diagnostic même est difficile. C'est ainsi que dans un cas d'Hergott qui, à la vérité, est plutôt un cas d'obstruction que d'occlusion, une femme enceinte de trois mois et demi semblait aller librement à la selle alors que le toucher montrait dans le rectum des masses considérables de matières fécales et que trois lavements, administrés coup sur coup, amenèrent une débâcle extraordinaire, si bien que la malade remplit de ses déjections huit vases de nuit. De même, dans une observation de Jones, citée par Gauchery, la constipation avait été précédée d'une diarrhée extrêmement abandante qui dura tout un jour et l'on fut amené à donner de l'opium.

La *douleur* due à l'occlusion intestinale, lorsque cette dernière survient dans les derniers temps de la grossesse, peut être considérée à un examen superficiel comme un début du travail ; mais il sera facile de constater que ces douleurs ne coïncident pas avec des contractions utérines et, d'autre part, qu'elles n'amènent aucune modification du côté du col. Le

diagnostic sera plus délicat si, en même temps que réalisant une occlusion intestinale, la malade est en train d'accoucher. On pourrait cependant voir que le maximum des douleurs ne répond pas au moment de la contraction utérine.

Nous savons aussi combien fréquemment on trouve dans la grossesse, à titre de complication, la pyelonephrite, l'appendicite, la cholecystite, les coliques hépatiques. De chacune de ces affections la douleur est un des principaux symptômes et pourrait, jusqu'à un certain point, nous induire en erreur ; mais pour chacune d'elle elle se présente avec des caractères tout particuliers de localisation. Pour l'appendicite, le point de Mac Burney est tout à fait caractéristique et, comme le fait remarquer Rudaux, ce n'est que dans le cas où l'occlusion siégerait dans la fosse iliaque droite ou le flanc du même côté que le diagnostic deviendrait impossible. Dans la pyelonéphrite, la douleur est descendante, la température offre de grandes oscillations, les urines sont purulentes. Enfin, dans la cholecystite, ce sera à la jonction du bord externe du grand droit avec le rebord costal que nous rencontrerons le maximum des phénomènes douloureux, et le siége hépatique de ces phénomènes, leur irradiation à l'épaule droite et la coexistence du type fébrile hépatalgique de Charcot plaideront en faveur d'une colique hépatique.

Il semblerait que les vomissements doivent provoquer des questions de diagostic aussi souvent que la constipation et la douleur, il n'en est rien. Rudaux fait remarquer que « les vomissement purement gravidiques n'existent que dans les premiers mois de la grossesse, alors que ceux qui sont sous la dépendance de l'occlusion ne surviennent que dans la deuxième moitié de la grossesse et surtout à l'approche du terme. » D'autre part, Gauchery fait observer que contrairement à l'opinion de Demelin, les erreurs de diagnostic entre occlusion intestinale et vomissements incoercibles sont extrê-

mement rares; c'est ainsi que, sur les cinquante cas qu'il rapporte, il n'en a trouvé qu'un qui ait pu donner le change, c'est celui qu'a cité Gottschalk. Les caractères spéciaux des vomissements dus à l'occlusion les feront de même facilement distinguer de ceux qui apparaissent si souvent (45 % des cas, d'après Gerst) au début de la grossesse.

Une fois le diagnostic d'occlusion posé d'une façon ferme, il serait intéressant de pouvoir remonter jusqu'à la cause. Il est des cas où ce diagnostic pathogénique est absolument impossible. Mais il est à noter cependant que ce sont peut-être ceux dans lesquels il importe le moins. En effet, ce genre de diagnostic est surtout important à poser lorsque de lui doit dépendre le traitement appliqué ; or, cette occurence se rencontre principalement pour l'obstruction stercorale et pour la compression de l'intestin par un utérus en mauvaise position.

Dans le premier cas, on se trouve en présence d'une malade qui racontera une histoire tout à fait caractéristique : c'est une vieille constipée, la grossesse est venue encore exagérer cette constipation dont elle ne s'est souciée que le jour où les symptômes généraux ont apparu. Souvent l'amas stercoral sera accessible par le toucher rectal, d'autre fois, dans la fosse iliaque on trouvera « une tumeur dépressible sous la main qui la palpe, fournissant au doigt qui se retire lentement la sensation que Gersmy attribue au décollement de la muqueuse libérée ; souvent les tumeurs sont multiples ». (Galliard).

Dans le second cas, l'examen attentif du contenu pelvien donnera des renseignements très nets et souvent les mêmes manœuvres qui conduisent au diagnostic serviront à rétablir l'utérus en position normale. A cet égard l'observation de Chantemesse, Widal et Legry est tout à fait caractéristique. (Obs. n° III).

TRAITEMENT

Il est des cas où le traitement à appliquer est commandé par la cause même de l'occlusion : ce sont ceux où les phénomènes pathologiques sont dus à une mauvaise position utérine ou encore à de la parésie intestinale.

Quand un trouble de la statique utérine est en cause, le médecin doit s'efforcer par tous les moyens possibles de ramener les organes dans leurs rapports normaux, le toucher vaginal ou rectal combiné à la palpation abdominale et à certaines positions de la patiente, position génu-pectorale par exemple, suffisent dans la plupart des cas.

Quand c'est à de l'obstruction par parésie intestinale ou par calculs biliaires et intestinaux que l'on a affaire, on ne doit pas hésiter à user sans ménagements des moyens médicaux les plus énergiques. Parfois dans une grossesse l'on éprouve quelque hésitation à user de moyens trop puissants, cette répugnance ne s'explique pas par les faits, elle est presque un préjugé. La malade de Mme Gaussel absorba dans une nuit une quantité de purgatifs et de lavements extraordinaire, ses efforts furent couronnés de succès et elle obtint sa guérison sans amener la moindre contraction utérine et sans interrompre en rien le cours de sa grossesse. Une crainte analogue ne doit pas non plus empêcher de recourir au lavement électrique et, dans sa communication, Mme Gaussel a insisté sur ce point que M. le professeur Guérin et elle étaient bien décidés à l'administrer avant toute tentative chirurgicale. Les autres moyens : lavements forcés, bains chauds ne doivent pas non plus faire reculer.

Mais comme nous le savons, les occlusions par mauvaise position utérine et par coprostase simple ne sont que des causes exceptionnelles d'occlusion. Il nous reste maintenant à examiner la conduite à tenir.

1° Dans les occlusions gravidiques qui, nous l'avons déjà vu, sont dues à la compression de l'intestin par l'utérus et ne se voient guère quand l'utérus est en bonne position qu'au voisinage du terme.

2° Dans les occlusions paragravidiques par brides, étranglement, invagination ou volvulus, et cela dans trois circonstances :

A. Dans les premiers mois de la grossesse.
B. Au voisinage du terme.
C. Dans le post partum.

Dans les occlusions gravidiques, le médecin peut hésiter entre l'opération césarienne et l'accouchement provoqué. Il doit choisir l'opération césarienne : « Parce que l'autre moyen est trop lent et qu'il faut aller vite. Parce que l'accouchement prématuré débarrasse la malade de sa grossese sans la guérir de son occlusion. Notre conduite se basera d'ailleurs sur l'enseignement des maîtres chirurgiens et accoucheurs, tels que Pinard, qui disent nettement : « Quand une occlusion intestinale pendant la grossesse n'est pas guérie par les moyens médicaux, il faut ouvrir le ventre » (Mme Gaussel, Société des Sciences médicales de Montpellier, 15 février 1907).

Dans les occlusions paragravidiques du post partum, la réponse n'est pas douteuse : il faut opérer et opérer suivant les méthodes employées en dehors de l'état puerpéral.

Dans les premiers temps de la grossesse on pourrait craindre l'avortement, mais on doit intervenir quand même, d'abord parce que ne pas intervenir c'est le plus souvent

sacrifier et la mère et l'enfant; ensuite, parce que la tolérance de l'utérus gravide vis-à-vis du traumatisme chirurgical est un fait hors de doute, et Gauchery a pu en citer une série d'exemples remarquables. « Peeple a fait une tubo ovariotomie au sixième mois de la grossesse et sa malade accoucha à terme. Acquaviva cite le cas d'une ovariotomie double au cours d'une grossesse de deux mois et demi : sa malade guérit et accouche à terme. Robson opère un fibrome utérin au septième mois, un kyste de l'ovaire au troisième, une hernie étranglée au troisième mois; dans aucun cas, il ne s'est produit un accouchement prématuré. Nous pourrions multiplier ces exemples à l'infini, l'innocuité des interventions n'est plus contestable (Gauchery, thèse de Paris, 1903).

Enfin, dans les derniers temps de la grossesse, l'opération n'est pas moins indispensable mais presque toujours elle devra être précédée de la césarienne, qui permettra seule de la mener à bien. Si cependant la femme est déjà en travail, on peut se contenter d'accélérer ce dernier et ne pratiquer la laparotomie qu'après la terminaison de l'accouchement.

A. Occlusion par coprostase ou calculs

Observation I

Par Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann, ancien chef de clinique d'accouchements et de gynécologie à la Faculté.

Occlusion intestinale et grossesse

Mme B. C..., âgée de 30 ans, primipare, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle-même possède un passé peu chargé au point de vue pathologique. Cependant, un an avant la grossesse qui nous intéresse, la malade a présenté les premiers

symptômes de bacillose pulmonaire localisée au sommet droit. Elle fut soignée immédiatement et prévenue des risques qu'elle courait en cas de grossesse. Mais la grossesse survint et ne provoqua pas de modifications notables dans l'évolution de la bacillose. Il semble même qu'il y eut un certain arrêt dans la marche de la maladie.

Rien de bien particulier n'attira mon attention jusqu'à la fin du huitième mois de la grossesse ; à ce moment (en mars 1905), je fus appelée auprès de ma cliente, qui se plaignait de douleurs très vives dans la région du foie, avec irradiations dans l'épaule droite, le bras droit et le creux épigastrique. L'appétit était nul, la langue sale ; un état nauséeux et quelques vomissements complétaient le tableau. Les douleurs étant très intenses et la malade m'ayant paru atteinte d'une crise de colique hépatique, je fis une injection de morphine qui calma presque immédiatement les phénomènes douloureux. Je prescris en même temps le régime lacté et du calomel (60 centigrammes) à dose filées. Ne souffrant plus, ma cliente ne se croit pas obligée de suivre ma prescription (elle a de vagues notions médicales et a peur d'un empoisonnement par le calomel). Le lendemain, elle ne souffre plus du tout du foie, mais les vomissements deviennent plus intenses et porracés. En interrogeant minutieusement, j'apprends que ma cliente n'est pas allée à la selle depuis plusieurs jours et que même l'émission des gaz ne se fait plus. L'état est plus inquiétant : le facies de la malade est grippé, l'affaiblissement est assez prononcé ; depuis 48 heures elle n'a pu rien garder. L'abdomen paraît volumineux. Il existe du ballonnement, mais la présence d'un utérus gravide de 8 mois rend impossible l'exploration méthodique.

Le pouls est rapide, il n'y a pas d'élévation thermique. Le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose. Sa cause n'est pas facile à préciser. S'agit-il d'un étranglement interne, d'un volvulus, d'une compression simple de l'intestin par l'utérus gravide, ou d'un obstacle siégeant dans l'intérieur de l'intestin et formé par le bol fécal ou même par un calcul biliaire? Autant de points qui restent en suspens. L'indication thérapeutique est, au contraire, toute simple ; il faut chercher à rétablir le cours des matières intestinales.

J'essaie de faire avaler à la malade de l'huile de ricin, mais elle est immédiatement rejetée. Je fais donner plusieurs lavements avec la longue canule rectale (lavement glycériné, lavement d'huile d'olive

pure, lavement avec du vin et du sel), mais sans aucun résultat. Je fais moi-même une entéroclyse avec la sonde œsophagienne, je donne un lavement purgatif avec la même sonde ; le liquide sort légèrement sale, mais l'émission des gaz ne s'effectue pas ; l'obstacle à la circulation intestinale semble donc siéger très haut.

L'intervention chirurgicale paraît inévitable et sa gravité se trouve considérablement accrue du fait d'une grossesse avancée et des dangers auxquels elle expose la mère et le produit de conception. En face de ce problème, j'ai cru prudent d'avoir recours à l'avis compétent de mon maître et ami, le professeur agrégé Guérin-Valmale. Nous vîmes ensemble la malade le soir du même jour et nous prîmes la décision suivante : faire transporter la malade dès le dendemain matin (il était six heures du soir) dans une maison de santé pour tenter de rétablir le cours des matières intestinales à l'aide d'un lavement électrique et, si ce procédé échoue, faire une laparotomie.

Nous ne nous cachions pas que, pour mener à bien l'intervention et trouver la cause des accidents, l'opération césarienne serait presque à coup sûr indispensable. Le mari de la malade fut prévenu de notre décision et l'accepta sans hésitation, étant à même d'en juger toute la portée. Ma cliente, personne très courageuse, assiste presque à notre consultation et en suit, phase à phase et avec intérêt palpitant, les débats.

Elle se soumet à notre décision, mais en personne pratique, dès notre départ, veut profiter du temps qui lui reste jusqu'au lendemain matin pour essayer d'échapper à l'intervention. Elle avale donc coup sur coup 40 grammes d'huile de ricin avec une goutte d'huile de croton ; à ce moment, elle se rappelle qu'elle a encore du calomel, et elle prend tous les cachets avec cinq minutes d'intervalle à peine. Chose curieuse, elle ne vomit même plus. Ensuite, elle se fait administrer par son mari, pendant toute la nuit, des lavements de tous genres, avec la longue canule : huile d'olive pure, 1 litre ; mélange de vin, de sel, de glycérine et d'eau (lavement de Pozzi), etc.

Après avoir passé la nuit à faire cet intéressant travail, elle fut récompensée de son zèle, car, sur le matin, on parvint à la faire aller du corps et même à lui faire rendre quelques gaz. J'en suis prévenue immédiatement et j'ai le plaisir de trouver ma cliente, quoique fatiguée par les manipulations de cette nuit dramatique,

très gaie et ayant le courage de plaisanter sur les dangers qu'elle venait de courir.

Et l'utérus qu'a-t-il fait pendant ce temps ? Il n'a nullement manifesté et la grossesse a évolué jusqu'à terme sans aucun autre accident.

L'accouchement fut assez simple, mais j'ai dû le terminer par une application de forceps sur une O. I. D. P. mal fléchie ; la résistance du périnée et le défaut de rotation de la tête fœtale en ont fourni l'indication. Le tempérament vif de ma cliente l'a poussée, malgré ma défense, à faire des efforts considérables pendant que je procédais à l'extraction des épaules, ce qui a contribué à agrandir la déchirure du périnée amorcée par le forceps. Cette dernière était, en effet, sérieuse ; elle intéressait le sphincter anal. J'en fis la réparation immédiate et tout marcha bien jusqu'au cinquième jour. A ce moment la malade éprouve un besoin impérieux d'aller à la selle et expulse des matières dures comme une pierre qu'on ne parvient pas à désagréger en tapant dessus avec un marteau. Vous comprendrez facilement ce qu'il en est résulté pour le périnée. Aucun fil n'a tenu et je me trouvais en face d'une cliente exposée à garder une infirmité peu agréable. Je me suis demandé cependant si, par une périnéorraphie pratiquée de suite (après un avivement de la plaie), on ne pourrait essayer de réparer les dégâts. Mon Maître, le professeur Tédenat, vit la malade et conseilla d'attendre ; il pratiqua la colpopérinéorraphie après le retour des couches.

Les suites de couches furent apyrétiques, l'enfant (une fillette), qui pesait à sa naissance 3 kil. 600, s'est admirablement élevée.

Je dois ajouter que dans les jours qui ont suivi la colpopérinéorraphie faite par M. le professeur Tédenat, la malade rendit de nouveau des matières fécales extrêmement dures qui ont fait sauter tous les points. Elle en a été quitte pour recommencer l'opération une autre fois et cette dernière a donné des résultats meilleurs. Le sphincter a été restauré et il n'y a plus d'incontinence.

Observation II

Observation n° XLIV de Prioulat (Résumée)

Grossesse compliquée d'obstruction intestinale suivie d'accidents d'hémorragie et fausse couche (Sprigg)

Primipare 28 ans, a pendant sa grossesse quelques petites hémorragies utérines. Au troisième mois de la grossesse, graves signes d'obtructions intestinales. Par la palpation faite sous anesthésie, on trouve dans le gros intestin, au-dessus de la ceinture pelvienne, du côté gauche et en arrière dans la cavité abdominale, une tumeur du volume d'un citron donnant la sensation d'un bloc de mastic. Par une pression et une manipulation douce la masse est brisée ; un lavement est administré : la masse est rejetée. La malade guérit. Trois mois après elle eut un décollement du placenta et un avortement de cinq mois et demi.

B. Occlusions gravidiques ou causées par l'utérus lui-même. Occlusion par mauvaise position utérine

Observation III

(Chantemesse, Widal et Legry)

Obstruction intestinale par rétroversion de l'utérus gravide.

Il s'agit d'une femme enceinte de 4 mois. L'avant-veille de son admission à l'hôpital, la malade a vomi son dîner, et depuis ce moment, elle se plaint d'une douleur vive siégeant sur les parties latérales de l'abdomen. Dans la nuit, les vomissements deviennent incessants et sont constitués par des matières verdâtres. Le facies se grippe, les extrémités se cyanosent et se refroidissent. Le ventre ballonné, présente dans sa partie sus-ombilicale le relief d'anses

intestinales distendues ; les régions péri et sus-ombilicales sont sonores ; les flancs et l'hypogastre sont mats à la percussion et très douloureux à la pression. Le col est ramolli, entr'ouvert ; on constate que l'utérus gravide en rétroversion est venu se mettre en contact avec le sacrum. Par le toucher rectal, dans la position génu-pectorale, on redresse l'utérus et aussitôt une grande quantité de gaz et de matières fécales liquides sont évacués. La température monte à 38 degrés.

Une légère amélioration suivit la réduction de l'utérus, mais l'avortement eut lieu trois jours après et les accidents reparurent. Croyant à la septicémie puerpérale, on fit le curettage utérin, dont les produits ensemencés donnèrent une culture pure de bacterium coli commune. La malade succomba, et à l'autopsie, on trouva un abcès limité par des adhérences entre l'utérus et l'intestin, et on constata le coli bacille dans l'utérus, le pus et le sang. Il s'agissait donc d'une péritonite pure par le coli bacille, qui avait pullulé grâce à l'obstruction du rectum par l'utérus rétroversé.

C. **Occlusions paragravidiques :**

1° PAR BRIDE PÉRITONÉALE

Observation IV

(Champetier de Ribes et Daniel)

Occlusion intestinale apparue au début du travail. — Perforation intestinale. — Péritonite. — Mort. — Autopsie

Femme de 31 ans, sextipare, trois accouchements à terme, un avortement à six mois.

En 1897, M. Championnière l'opère pour une grossesse tubaire gauche. Il pratique l'ablation de la trompe et de l'ovaire gauche.

Les dernières règles datent du 9 au 15 août 1900. La malade n'a éprouvé que quelques douleurs au début de sa grossesse et entre à l'hôpital à huit mois et demi sur les conseils de M. Championnière. A son arrivée, on constate une présentation du sommet engagé en O. I. G. A. Hauteur utérine, 30 centimètres ; bassin normal ; bruits au cœur fœtal bons ; urines normales ; température 36°9, pouls 80.

Depuis son entrée dans le service jusqu'au moment de l'accouchement la malade ne présente rien de particulier. Aucune douleur abdominale, pas de vomissements. Les garde-robes sont normales et régulières. Elle entre en travail le 20 mai, à huit heures du matin. Une heure après le début du travail la malade se plaint d'une douleur abdominale et subite, siégeant à gauche ; cette douleur persiste pendant tout le travail, augmentant d'intensité pendant l'expulsion du fœtus.

La période d'expulsion dure quinze minutes ; le fœtus est expulsé spontanément à 5 h. 15 du soir. La délivrance a lieu à 6 h. 10 du soir. Extraction simple, sans aucune complication. Poids du placenta : 350 gr. L'enfant vivant pèse 2.870 gr. Après l'accouchement, la douleur persiste aussi intense. La température du soir est 38°. Pouls 120.

L'état général s'aggrave les jours suivants : phénomènes péritonéaux; constipation que rien ne peut vaincre (purgatifs, lavements); empâtement profond dans la région péri-ombilicale gauche ; accélération du pouls : 120-130 sans élévation de la température au-dessus de 38°2. Mort le 25 mai.

Autopsie. — On trouva une anse du colon pelvien gangrenée, distendue par les matières et perforée ; cette anse était coudée sur une bride péritonéale utéro-colique solide, longue de cinq à six centimètres, du volume d'une grosse plume d'oie ; de nombreuses adhérences utéro-coliques. Abcès pelvien enkysté.

2° PAR ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN DANS UN ORIFICE NORMAL OU ANORMAL

OBSERVATION V

(Klauer)

Hernie de la ligne blanche. — Laparotomie. — Mort.

Une femme de 23 ans, quartipare, au neuvième mois de sa grossesse présente depuis quelques jours des vomissements. Elle a subi une laparotomie quatre ans auparavant pour tumeur abdominale. Etat actuel : profonde faiblesse ; température normale ; pouls à 120,

vomissements fréquents. Cicatrice abdominale entr'ouverte et laissant passer une masse ressemblant à l'épiploon. Accouchement provoquée. Enfant à terme et vivant. Amélioration. Constipation persiste. Vingt heures après la délivrance, on pratique là laparotomie et on constate des adhérences nombreuses entre la paroi intestinale et l'intestin qui était pincé. Libération des adhérences. Mort de la malade cinq heures après. A l'autopsie, on trouva des traces de péritonite au début.

Observation VI

In thèse Prioulat (Résumée)

Etrnaglement interne chez une femme enceinte de 8 mois. — Hernie de l'angle gauche, du colon et de l'épiploon à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans la plèvre gauche (Legry).

Femme de 37 ans, secondipare, enceinte de huit mois. Sans antécédents dignes de remarque. Brusquement, vomissements et douleur dans l'hypocondre gauche, constipation opiniâtre. Accouchement prématuré amenant d'abord un soulagement. Puis, l'état s'aggrave, le pouls devient filiforme, le ventre se ballonne. Vomissements fécaloïdes, mort en collapsus.

Durée totale de la maladie : 7 jours.

Autopsie. — L'intestin grêle distendu, les anses recouvertes d'exsudats fibrineux jaunâtres. Le cœcum, le colon ascendant et une partie du colon transverse sont aussi distendus. Sur la partie latérale gauche on retrouve le colon descendant considérablement diminué de volume ; on ne peut voir la partie intermédiaire. La base du poumon du côté gauche est refoulée par une masse du volume de deux oranges et comprenant l'épiploon qui a entraîné une partie du gros intestin. Cette hernie s'est faite par l'orifice œsophagien du diaphragme très agrandi.

3° OCCLUSION PAR TUMEUR QUI, REPOUSSÉE PAR L'UTÉRUS, VIENT COMPRIMER L'INTESTIN.

Observation VII
(Morestin)

Kyste ovarique à pédicule tordu : occlusion intestinale

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, enceinte de 4 mois, opérée à la maison Dubois, par M. Morestin. Cette femme fut prise tout à coup de très violentes douleurs dans la fosse iliaque droite avec fièvre, avec ballonnement léger du ventre et constipation absolue. On pense à une appendicite, hypothèse confirmée par la présence d'un empâtement dans la fosse iliaque droite, et d'une douleur exquise à la pression au point de Mac-Burney.

M. Morestin fit une incision dans la fosse iliaque droite, parallèle à l'arcade fémorale, et tomba sur un petit kyste de l'ovaire droit dont le pédicule tordu entraînait la trompe dans sa torsion qui affectait le sens des aiguilles d'une montre. Le cœcum était aplati, ressemblait à une loque et l'iléon étaiit comprimé entre le psoas iliaque et la paroi du bassin par le kyste. Il y avait un hématome dans la paroi du kyste, et un autre dans le péritoine. La trompe était remplie de sang, et le sang avait fusé dans le péritoine par l'ostium tubaire.

Evacuation du kyste avec l'appareil Morestin ; le liquide qu'il contenait ressemblait à du malaga. Première selle, le jour même de l'opération ; fausse couche le deuxième jour. Le placenta contenait des foyers hémorragiques contemporains de la torsion du kyste, et le fœtus était mort et macéré. La température étant de 39°5, on pensa que la cause était d'origine utérine.

Injection intra-utérine d'eau oxygénée, drainage utérin. La fièvre persistant, on s'aperçut qu'elle était due à une parotidite double, prédominant à gauche, accompagnée d'un écoulement muco-purulent par le canal de Sténon, et qui se termina par résolution. Réunion de la plaie abdominale par première intention. Guérison complète de la malade.

4° OCCLUSION PAR INVAGINATION OU VOLVULUS

Observation VIII

(*in* thèse Prioulat)

Accouchement à terme. Invagination intestinale. Laparotomie *in* extremis, mort (Porak)

Notre malade avait 34 ans ; elle était arrivée à sa troisième grossesse. Elle a eu, il y a trois ans une pleurésie droite, et présente, à gauche, les signes de la tuberculose pulmonaire au premier degré. Quelques jours avant terme, le travail se déclare, et elle met au monde une fille mort-née pesant 2.300 grammes. Pendant son accouchement, elle se plaignit de malaises, de sueurs froides, de bourdonnements d'oreilles, et elle avait des vomissements porracés. Température 37 degrés, pouls 136 avant l'accouchement. Appelé de nouveau près d'elle, je diagnostiquai : péritonite aiguë par obstruction probable. Injection d'eau salée, d'éther et de caféine ; deux heures après, laparotomie faite par M. Porak. Invagination d'une dizaine de centimètres de l'intestin grêle ; pas de péritonite, mort pendant l'opération.

Observation IX

(In thèse Prioulat)

Invagination intestinale pendant le post-partum. Guérison (Poppert)

Une femme de 44 ans, au huitième jour de sa douzième couche, éprouve des douleurs atroces dans le bas-ventre, ses selles se suppriment et elle vomit. On reconnaît à droite de la cicatricite ombilicale la présence d'une bride longue et résistante, longue de 10 centimètres et mate à la percussion. On applique des cataplasmes, l'opium est prescrit. Enfin 20 centigr. de calomel qui amènent une selle copieuse et une amélioration notable. Le jour suivant on trouve un morceau d'intestin long de 48 centimètres dans le vase. Les douleurs s'apaisent, les vomissements s'arrêtent. La malade meurt un mois après de phtisie pulmonaire et l'autopsie montre une cicatrice résistante de 15 centimètres de la valvule de De Bauhin.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale pendant la grossesse peut être due à des causes multiples et variées qui se divisent en trois groupes.

A. Occlusions gravidiques dues à la compression de l'intestin par l'utérus en mauvaise position (occlusions gravidiques des premiers mois) ou normalement développé (occlusions gravidiques de la fin de la grossesse).

B. Occlusions paragravidiques dues à un étranglement ou à un orifice normal ou anormal de la cavité abdominale, ou par une bride reliquat d'une péritonite ancienne. Cet étranglement est dans ces cas sous la dépendance indirecte du développement de l'utérus gravide.

C. Occlusions extra-gravidiques dues à des causes banales et dans lesquelles la grossesse trop récente ou depuis trop longtemps terminée n'intervient en aucune façon.

2° La symptomatologie de l'occlusion intestinale pendant la grossesse est semblable à celle de l'occlusion en dehors de la gravidité.

3° Le diagnostic doit se faire avec :

a) La constipation si fréquente de la femme enceinte.

b) Les douleurs du travail ou de l'avortement.

c) Les vomissements incoercibles.

d) Les complications fréquentes de la grossesse (pyélonéphrite, colique hépatique, cholécystite).

Pour le traitement on doit :

a) Dans les cas dus à une mauvaise position de l'utérus gravide rétablir cet organe en position normale.

b) Dans les cas d'obstruction stercorale employer les moyens médicaux les plus énergiques sans craindre l'avortement ou l'accouchement prématuré.

c) Dans les cas d'occlusion vraie opérer en faisant précéder si nécessaire l'opération de la césarienne.

d) Si l'occlusion se manifeste pendant le travail, hâter l'accouchement et intervenir ensuite.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie très complète de la question se retrouve dans la thèse de GAUCHERY, Paris 1903.

Consulter en outre :

Mme GAUSSEL. — Société des sciences médicales de Montpellier, 15 février 1907 : Communication d'un cas d'occlusion intestinale dans la grossesse et la discussion qui a suivi.

PRIOULAT. — Thèse de Bordeaux, 1904. L'occlusion intestinale pendant la puerpéralité.

RUDAUX. — Archives générales de médecine, 1906.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 juillet 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 juillet 1907.
Le Recteur,
A. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !